Ueber Steinbildung im Ovarium.

AUSZUG

AUS DER

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWUERDE

DER GESAMTEN MEDIZIN

EINER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITAET

HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT VON

RUDOLF KAISER

MEDIZINALPRAKTIKANT

AUS ERFURT

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

NOVEMBER 1922.

REFERENT: GEH. MED.-RAT PROF. DR. SELLHEIM.

Buchdruckerei Paul Michaelis, Halle a. S.

Steinbildungen, Verkalkungen oder Verknöcherungen, werden im menschlichen Organismus außerhalb des Skelettsystems ziemlich häufig beobachtet. Meist finden wir zunächst Kalkablagerungen; diese können aber einen Reiz auf das benachbarte Bindegewebe ausüben, der zur Bildung von Knochenmark, bzw. zu echtem Knochen führt, indem sich das entzündlich wuchernde junge Bindegewebe zu Knochengewebe differenziert und den Kalk aus dem vorhandenen Kalkdepot entnimmt. Oder es handelt sich auch bei der direkten Bildung von Knochen aus Bindegewebe um primäre entzündliche Vorgänge, wobei der Kalk aus Körpersäften entnommen wird.

Die Kalkablagerung und Knochenbildung in der Mehrzahl der Organe des Körpers erfreut sich allgemeiner Kenntnis. In dem Eierstock dagegen haben wir ein Organ, in dem man von Steinbildung selten hört, wodurch es gerechtfertigt erschien, die bisher bekannten Fälle etwas ausführlicher zu schildern und den in Rede stehenden neu beobachteten Fall der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Ueberblicken wir nach der vorhandenen Literatur die Häufigkeit des Vorkommnisses der einzelnen Arten von Verkalkung oder Verknöcherung im Ovarium — wobei Knochenbildung von malignen Geschwülsten ausgehend nicht berücksichtigt ist — so erhalten wir folgendes Ergebnis:

Verkalkung bzw. Verknöcherung ausgehend von

Ovarialstroma in . . .	3 Fällen
Graaf'schen Follikel in . .	1 Fall
Corpus albicans in . .	5 Fällen
Corpus luteum in . .	12 Fällen
Fibromen u. Cysten zus. in .	10 Fällen

Man ersieht hieraus, daß Steinbildung im Ovarium am häufigsten vom Corpus luteum ausgeht, während eine Totalverkalkung zu den größten Seltenheiten gehört. Die Häufigkeit der Verkalkung und Verknöcherung des Corpus luteum mag darauf zurückzuführen sein, daß dieses infolge seiner offenen Kommunikation mit der Bauchhöhle nach dem Follikelsprung und der Anfüllung mit Blut immer als ein locus minoris resistentiae anzusehen ist. Dadurch ist die Möglichkeit einer Infektion durch die Oeffnung von seiten der Bauchhöhle und der Tube immer gegeben in der Voraussetzung, daß die Infektion eine der Hauptursachen für die Verkalknng ist.

Im Folgenden bin ich in der Lage, ebenfalls über einen Fall*) von Verkalkung und Verknöcherung eines Corpus luteum zu berichten:

Anamnèse: Frau M., 37 Jahre alt. Früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Vor 18 Jahren normale Geburt, Sohn lebt. Seitdem besteht Sterilität. Seit einigen Jahren Ausfluß und starke menstruelle Blutungen. Pat. kommt wegen des Fluor in Behandlung.

Gynäkolog. Befund: Klaffende Scheide, eitriger Ausfluß. Uterus retrovertiert, Wände verdickt. Rechts und links vom Uterus kleine hühnereigroße harte Resistenzen fühlbar, rechts von auffallend harter Konsistenz. Tuben und Ovarien sind nicht getrennt palpabel, sondern gemeinsam in einen Tumor verwandelt.

Diagnose: Doppelseitige Pyosalpinx.

Bei der Laparotomie erhält man folgendes

Präparat: Uterus myomatös verdickt. Beide Tuben in feste fibröse Massen mit spärlichem eitrigen Inhalt verwandelt. Linkes Ovarium kleinzystisch verändert und schwielig. Das rechte Ovarium ist stark fibrös und enthält einen steinharten, gelblichen Körper von etwa Kirschgröße und höckeriger Oberfläche. Der Körper ist von einer Bindegewebskapsel umgeben, aus der er sich leicht herausschälen läßt. Seine Obfläche ähnelt Gehirnwindungen und Furchen. Ein Durchschneiden mit dem Messer ist unmöglich. Nach dem Durchsägen erkennt man eine harte Rindenschicht, von der spongiosaähnlich Bälkchen nach einem knochenharten Kern zu verlaufen. Dazwischen liegt eine weiche krümelige Masse. Der Körper reicht an einer Stelle bis dicht an die Oberfläche des Ovariums, dessen Gewebe fibrös uud schwartig ist.

Mikroskopisch erkennt man an dem Präparat eine äußere Rindenschicht, in der deutlich die degenerierten großen Luteïnzellen nachzuweisen sind. Diese Schicht ist vollkommen verkalkt. Die Fortsätze nach dem zentralen Kern zu zeigen nach Entkalkung wenig Struktur, der Kern dagegen echte Knochenstruktur mit Knochenkörperchen und Havers'schen Kanälen, dazwischen einige Blutgefäße. Die weiche Masse erweist sich teilweise als fibröses Gewebe, teilweise ist sie strukturlos.

Die Verkalkung und Verknöcherung in vorliegendem Falle ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf chron. Entzündung der Adnexe (Gonorrhoe) zurückzuführen. Das Corp. lut. hat — vielleicht ist es das von der vor 18 Jahren stattgehabten Schwangerschaft — nicht die normale, im Laufe der Zeit vor sich gehende regressive Umänderung bis zum gewöhnlichen Ende in ein Corp. fibrosum durchgemacht, sondern es schlugen sich in den Luteïnzellen und im Innern durch die Einwirkung der Entzündung Kalksalze nieder, auf deren Basis dann sich im Zentrum die Knochenbildung vollzogen hat.

---

*) Das Präparat wurde mir von Herrn Privatdozent Dr. Lindemann gütigst überlassen.